医療機器の
買取・販売

株式会社ホーユウ
HOYU

医療機器 買取査定 FAXお申し込み

査定は無料。FAX でのお申し込みは 24 時間受付ております。

FAX 送信先 **06-6647-7482**

TEL.06-6647-7481 電話受付時間：月～金・9:00～18:00

複数代の場合は、通し番号をご記入下さい。
枚目 / 枚中

※査定をご依頼の場合は本紙を印刷しご記入ください。※査定機種が複数台ある場合は、本紙をコピーしてご利用ください。

依頼日：平成　年　月　日

ふりがな お名前	ふりがな 病院・施設名・貴社名
ご住所〒	電話 – –
	携帯 – –
	FAX – –

売却希望機器 詳細記入欄

機器種別・機器名	形式	メーカー名

製造番号またはシリアル番号（機器後部等に貼付されているラベルをご確認ください）		
製造番号	シリアル番号(S/N)	購入年月日 年　月　日

□ CT

管球交換の有無（有の場合は交換年月日） 無 ・ 有 ・ 不明 交換年月日 年　月　日	装置のトータルスライス数 現在使用中管球のスライス数

□ MRI

ソフトバージョン	マグネット形式
コイル構成	コンソール形式
ヘリウム残量	

□ エコー

ソフトバージョン
プローブ構成

□ 廃棄

PCB の有無 無 ・ 有 ・ 不明

□ その他

購入時の状況 新品・中古・リース	保守契約の有無 有 ・ 無	取扱説明書の有無 有 ・ 無	修理点検書の有無 有 ・ 無	アップデート更新履歴 有 ・ 無

構成・オプション・付属品等の有無 無 ・ 有（状態：　）	外観の破損・キズ・汚れ等 無 ・ 有（状態：　）	売却予定時期
動作問題の有無 無 ・ 有（状態：　）	査定目的 買替・使用頻度減少・閉院・その他	売却希望金額 ￥

搬出ルート詳細

駐車場 無 ・ 有	設置フロア 無 ・ 有	エレベーター 無 ・ 有	段差・障害物 無 ・ 有（詳細：　）

機器設置住所（上記住所と設置住所が異なる場合のみご記入ください）

その他、ご要望や注意点等がございましたらご記入ください

※FAX またはお電話にてご返答致しますので、記載漏れがないようご確認ください。また、下見の必要があると判断した場合には、お伺いさせて頂く場合もございます。
※機器のコンディション、シリアル／製造番号を元に製造販売先に確認した結果、再販売が見込めない機器については買取りが出来ない場合もございます。予めご了承ください。

©HOYU CO.,LTD.